

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juin 1898, à 1 heure

Par FRANÇOIS LECŒUR

Né à Douarnenez (Finistère), le 12 décembre 1872.

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CONSÉCUTIVE

AU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.
MARFAN et ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
13, rue Racine, 13

1898

428

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juin 1898, à 1 heure

Par FRANÇOIS LECCEUR

Né à Douarnenez (Finistère), le 12 décembre 1872.

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CONSÉCUTIVE

AU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
MARFAN et ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
QELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage d'une profonde reconnaissance

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CONSECUTIVE

AU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales nous avons été douloureusement impressionné, tant à Paris qu'à la campagne, pendant nos vacances, par cette maladie si commune et si épouvantable, le cancer. C'est un sujet qui nous a toujours beaucoup intéressé et que nous avons particulièrement étudié. Aussi avons-nous été heureux lorsque monsieur le professeur Dieulafoy nous a proposé de traiter, comme sujet de thèse inaugurale, le sujet suivant : « *La tuberculose pulmonaire consécutive au cancer de l'œsophage* ».

Jusqu'ici nous nous étions contenté d'étudier le cancer en lui-même et dans les diverses régions qu'il affectionne.

Nous avons vu comment cette maladie amenait rapidement une cachexie spéciale, la cachexie cancéreuse, et quel temps relativement court l'organisme pouvait résister à ce terrible mal. En poussant nos investigations dans l'ordre d'idées que nous avait conseillé monsieur le professeur Dieulafoy, nous avons acquis la triste certitude que le cancer, déjà si terrible en lui-même, est surtout et plus encore à redouter par les complications de toutes sortes qui s'abattent sur l'organisme qui en est atteint.

Nous ne voudrions pas terminer cette courte introduction sans nous acquitter d'un bien doux devoir, celui de remercier profondément tous les maîtres qui ont guidé nos pas dans la carrière médicale que nous allons entreprendre.

Merci à nos maîtres de Brest pour les principes qu'ils nous ont inculqués. Ce sont eux qui, les premiers, nous ont appris la patience, la bonté qu'il faut avoir pour les pauvres malades confiés à nos soins !

Merci à tous nos maîtres de Paris ! A M. Galliard, médecin des hôpitaux, chez qui nous avons eu le plaisir et l'honneur de passer notre premier semestre à Paris ! Merci à messieurs Rendu, Pozzi, médecins des hôpitaux qui nous ont accueilli dans leurs services.

Merci surtout à M. le professeur Dieulafoy qui, par ses causeries familières au lit des malades, et ses leçons doctorales à l'amphithéâtre, a surtout contribué à donner à notre esprit l'habitude de la méthode, à nous familiariser un peu avec la séméiologie et qui, après nous avoir donné pendant toute notre dernière année de stage une hos-

pitalité large et généreuse dans ses salles, nous fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale : nous le prions donc d'agréer ici l'expression de notre plus respectueuse reconnaissance.

DIVISION

I. — Quelques auteurs de l'école de Vienne ont cru et écrit que la tuberculose et le cancer ne pouvaient pas coexister chez le même sujet. Nous commencerons par démontrer que cette croyance est inexacte.

II. — Nous étudierons ensuite, en quelques mots, le cancer de l'œsophage en général et la cachexie qu'il imprime à l'organisme.

III. — Nous verrons en troisième lieu que ce cancer met le sujet qui en est atteint dans un tel état d'infériorité que le terrain est tout prêt pour l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. Nous citerons à l'appui de notre dire plusieurs observations qui, je le crois, seront probantes.

IV. — Enfin, nous résumerons en quelques lignes notre modeste travail en priant nos juges d'avoir un peu d'indulgence pour notre plume encore inhabile.

I

COEXISTENCE DE LA TUBERCULOSE ET DU CANCER CHEZ LE MÊME SUJET

Après avoir été longtemps contestée, la coexistence de la tuberculose et du cancer chez le même sujet est maintenant presque universellement reconnue, grâce aux nombreux travaux de l'anatomie pathologique.

Il y a seulement quelques années cette coexistence loin était d'être acceptée de tous surtout par l'école de Vienne. Rokitanski, chef de cette école prétendait que tuberculose et cancer s'excluaient réciproquement.

Voici d'ailleurs cette théorie de Rokitanski présentée par l'illustre Broca et réfutée par lui :

« Il n'est pas commun, dit-il, de trouver des tubercules sur le cadavre des cancéreux.

Le tubercule et le cancer peuvent se développer à toute époque ; mais, tandis que le tubercule se produit le plus souvent dans les trente premières années de la vie, le cancer, au contraire, se montre surtout chez les individus qui ont dépassé cet âge. Voilà pourquoi la coïncidence

de ces deux produits hétéromorphes ne se remarque que rarement. Au lieu de faire cette réflexion bien simple, quelques auteurs allemands appartenant pour la plupart à l'école de Vienne, ont prétendu que ces produits pathologiques avaient de la répulsion l'un pour l'autre. Le professeur Rokitanski est même allé jusqu'à poser cette loi formelle d'antagonisme : suivant lui, la maladie cancéreuse et la maladie tuberculeuse sont entièrement incompatibles.

Ainsi formulée sans restriction, cette loi causa une surprise générale ; chacun put bientôt y trouver des exceptions. Les partisans de l'antagonisme ne se découragèrent pas ; leur foi étant ébranlée par des faits, ils l'étayèrent par des raisonnements et la science s'enrichit de la théorie des crases.

Voici l'essence de cette théorie qui semble empruntée à quelque mythologie orientale. Tout homme est soumis à l'une des trois crases qui se partagent la domination de l'espèce humaine.

Chaque crase imprime à ses nombreux sujets un cachet spécial qui est mis en évidence par la simple inspection du sang ; chacune d'elles a son cortège de maladies, et s'oppose, par de sévères lois d'antagonisme, à l'importation des maladies environnantes. Douées d'un naturel ambitieuses, les trois crases se disputent souvent la possession de notre organisme.

A la suite de ces révolutions, nous pouvons changer de souveraine et nous subissons alors les lois de la crase victorieuse. Or il se trouve que le cancer et le tubercule ne dépendent pas de la même crase : l'un est, je crois,

attaché à la crase albumine, tandis que l'autre relève de la crase fibrine. Nous pouvons donc, au gré des destinées, être tuberculeux à une époque et cancéreux à une autre, mais nous ne pouvons être simultanément la proie de ces deux maladies.

La théorie des crases ayant paru ridicule, on en donna une autre basée sur le dogme de l'unité.

Le globule de tubercule, et la cellule du cancer sont d'origine analogue ; seulement le cancer est une formation plus avancée que le tubercule. Un état général moins prononcé dans celui-ci que dans celui-là préside à ces deux ordres de formation. Lorsque cet état est parvenu au degré qui produit le tubercule, il peut, en s'avancant davantage, laisser développer le cancer, il ne permet plus la tuberculisation ; car tout ce qui, dans d'autres circonstances, deviendrait tubercule se change forcément en éléments cancéreux. Voilà pourquoi les tubercules ne mettent pas à l'abri du cancer tandis que le cancer a la propriété de préserver du tubercule.

Le cancer n'a même pas ce modeste avantage. On ne s'attend pas à trouver ici une discussion de ces théories. A des réserves je répondrai par des faits.

Les tubercules sont loin d'être rares sur le cadavre des cancéreux. J'ai vu onze fois cette coïncidence sur un nombre de cas que je ne puis déterminer et que j'évalue à une centaine. Parmi ces cas il en est six que je veux bien ne pas faire entre en ligne de compte. Je laisse de côté tous les tubercules anciens qui pouvaient s'être formés avant l'apparition du cancer.

Je ne prends que les cas de tubercules crus, petits,

de formation récente, et il me reste encore cinq observations de coïncidence. M. Lebert qui a régulièrement inscrit toutes les autopsies qu'il a faites, et qui a bien voulu me communiquer ses notes, a jusqu'ici constaté onze fois la présence de tubercules récents sur les cadavres de cent trente-six cancéreux. Je dois dire que plusieurs de mes observations coïncident avec les siennes, car nous avons fait ensemble un assez grand nombre d'autopsies. Je ne me servirai donc que des chiffres que je dois à l'obligeance de M. Lebert, et qui portent à environ 8 pour 100 la proportion de la coïncidence.

Depuis que la prétendue loi d'antagonisme a été mise en doute, l'attention des observateurs s'est fixée à ce sujet et l'on ne manque guère aujourd'hui d'examiner les poumons quand on fait l'autopsie d'un cancéreux. Chacun a donc rencontré un certain nombre de cas de coïncidence et personne que je sache ne songe maintenant à en contester la possibilité.

Mais les partisans de la loi ne se sont pas découragés; de ce qui était d'abord une question de possibilité, ils en ont fait une question de fréquence, et j'ai entendu quelques-uns d'entre eux soutenir que si le cancer ne préserve pas complètement de la tuberculisation, il en diminue beaucoup les chances. Les tubercules, disent-ils, entrent 15 pour 100 dans la mortalité générale. Chez les malades qui succombent au cancer on ne trouve de tubercules que 8 fois pour 100, par conséquent les cancéreux deviennent moins facilement tuberculeux que les autres individus.

Voilà où conduit la statistique quand on la fait sans discernement. Pour le dire en passant, je ne suis pas

ennemi de la statistique, mais les sciences médicales lui ont dû, à côté de quelques résultats utiles, beaucoup de notions très fausses.

On se répète que des chiffres ne peuvent pas tromper : ici par exemple il semble évident que la présence d'un cancer diminue de moitié les chances de la tuberculose. C'est une pure illusion. Ce qui préserve de tubercules un grand nombre de cancéreux, ce n'est pas leur cancer, c'est leur âge.

On pourrait se donner la satisfaction d'inventer des lois d'antagonisme aussi plausibles que la précédente. On pourrait dire avec autant de vérité que le cancer préserve de la rougeole, de la scarlatine, ou que le tubercule et la fracture du col du fémur s'excluent mutuellement.

Certes, il ne serait pas difficile de fournir des chiffres à l'appui de ces nouvelles lois.

Le cancer est compatible avec toutes les maladies, avec toutes les productions accidentelles ; elles n'ont pour le cancer ni affinité ni répulsion ».

Ce n'était pas tout-à-fait l'opinion de M. Barth qui dit : « il est extrêmement rare de voir les deux maladies (tuberculose et cancer) marcher et se développer en même temps chez le même individu », ni de Guéneau de Mussy (*Clin.* t. I, p. 155) : « ces deux affections sont antagonistes, je crois », mais ils ajoutent tous deux un correctif à leur dire ; M. Barth, après avoir constaté l'extrême rareté du fait, ajoute : « ce qui ne veut pas dire que sur le même cadavre on ne peut trouver à la fois du cancer et du tuber-

cule »; M. Guéneau de Mussy: « mais cet antagonisme ne va pas jusqu'à une incompatibilité absolue ».

Nous ne pouvons pas nous dispenser de citer l'autorité de Lebert dans cette question de la coexistence de la tuberculose et du cancer sur le même sujet. Voici les termes dont il se sert: « Les législateurs en pathologie perdent chaque jour du terrain; la loi d'antagonisme entre le cancer et le tubercule est aujourd'hui abandonnée par tous les bons esprits; j'ai été du reste un des premiers à la combattre, à une époque où le professeur Rokitanski, de Vienne, la répandait dans les écoles d'Allemagne.

Un jour, un jeune médecin de Vienne se flatte de pouvoir diviser presque toutes les maladies en trois catégories, d'après le simple aspect du sang des cadavres, sans examen et sans analyse chimique. Ces trois catégories furent dotées par lui du nom de crases, il y eut donc une crase fibrineuse, une crase albumineuse et une crase séreuse.

Cette découverte n'eût entraîné que de médiocres conséquences, si chacune de ces crases n'eût été douée d'un pouvoir absolu sur son domaine. Or, notre poétique auteur avait placé le tubercule dans la crase fibrineuse, et le cancer dans la crase albumineuse: dès lors le tubercule ne pouvait, sans violer les lois, faire invasion dans le champ du cancer, qui était d'une circonscription pathologique différente. Ces deux maladies pouvaient exister dans le même corps à des époques diverses, mais jamais en même temps, ce qui eût constitué une anarchie manifeste. Voilà ce que la théorie avait prévu, ce que le génie avait deviné.

Le professeur Rokitanski adopta les élucubrations de son élève, et la loi d'antagonisme fut mise au monde. Malheureusement c'était un avorton mort-né. L'observation est venue démontrer qu'il n'y avait entre le tubercule et le cancer aucune incompatibilité d'humeur. »

Nous terminerons en citant les paroles que le savant professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Germain Sée, prononçait dans une de ses leçons cliniques de 1875 : « Messieurs, vous voyez là un de ces cas qui viennent donner un démenti formel aux idées que beaucoup d'auteurs ont émises au sujet des rapports du tubercule et du cancer ; chez cette femme, en effet, quoi qu'aient dit les partisans de l'antagonisme, se trouvent réunies ces deux affections. »

D'ailleurs, si après la parole autorisée de tous les hommes illustres que nous avons cités il restait quelque doute dans l'esprit du lecteur, il n'aurait qu'à s'en rapporter aux nombreuses observations contenues dans le présent travail et que nous avons recueillies.

II

CANCER DE L'ŒSOPHAGE CACHEXIE QU'IL IMPRIME A L'ORGANISME

La dégénérescence cancéreuse peut se rencontrer sur tous les points de l'œsophage, mais plus particulièrement vers les deux extrémités du conduit. Le cancer occupe tantôt la paroi antérieure, tantôt la paroi postérieure, indiquant ainsi la direction ultérieure qu'il peut prendre dans ses envahissements. Il affecte assez souvent la forme d'un anneau circulaire et occupe une hauteur nécessairement variable.

Le mal commence soit par le tissu sous-muqueux soit par la muqueuse œsophagienne même. Dans le premier cas il forme des masses qui font saillie à l'intérieur du conduit, repoussant devant elles la muqueuse et pouvant faire croire à un polype. Le cancer qui commence par la muqueuse peut être végétant ou prendre d'emblée une forme ulcérée. D'une manière générale, les tissus sous-muqueux et toute masse quelque peu volumineuse de tissu dégénéré appartiennent à l'encéphaloïde ; les formes ul-

céréées sont des épithéliomas. On peut aussi rencontrer le squirrhe dans l'œsophage, mais beaucoup plus rarement.

Deux complications sur lesquelles nous reviendrons du reste peuvent venir à la suite du cancer de l'œsophage, ce sont le rétrécissement du calibre qui peut aller jusqu'à l'oblitération, et la compression relativement à l'organe avec lequel la tumeur est en connexion ; cette complication est d'autant plus funeste que la trachée est l'organe le plus rapproché de l'œsophage et par conséquent le plus exposé à être comprimé.

Après avoir vu en deux mots ce qu'est le cancer de l'œsophage, sa situation et ses variétés, étudions l'effet funeste qu'il a sur l'économie. Cet effet se résume en un mot qui est le terme, où aboutit fatalement le cancer de tous les organes et plus particulièrement le cancer de l'œsophage, la cachexie.

Qu'est-ce que la cachexie ? D'après l'éthymologie, cachexie veut dire mauvais état, mais nous trouvons le mot quelque peu impropre car le corps humain, en dehors de l'état de santé, est en mauvais état, et cependant il est heureusement loin, la plupart du temps, d'aboutir à la cachexie. En général le terme de cachexie est employé en médecine pour désigner un état général caractérisé par un mauvais état général de la nutrition. Or, sans que nous en sachions exactement la cause, nulle maladie, si ce n'est la tuberculose à sa dernière période, n'a un retentissement si néfaste sur la nutrition de tous les organes, la cachexie cancéreuse est une véritable rouille de la vie qui s'attaque à tous les tissus, les mettant rapidement dans

l'impossibilité de remplir les divers rôles qui leur sont dévolus. A peine est-on affligé depuis quelques mois de cancer que la teinte de la peau change : tel individu qui, il y a quelques semaines, avait un teint magnifique, rosé, voit peu à peu se perdre ses belles couleurs, sa peau pâlit puis prend une teinte jaune paille caractéristique et qui va en s'accroissant ; au bout de quelque temps, plus de doute à conserver, le terrible cancer a commencé son œuvre de destruction et marchera à grands pas. A partir de ce moment commence l'émaciation ; les muscles perdent leurs contours si accusés ; les fibres musculaires disparaissent, peu à peu, l'émaciation va devenir extrême, et le malade ne va bientôt plus être qu'un cadavre ambulante, se traînant avec difficulté. En même temps surviennent souvent des douleurs quelquefois atroces, surtout dans le cas qui nous occupe, le cancer de l'œsophage.

Le malade, pressentant les douleurs qui l'attendent, cherche à les éviter en se refusant toute nourriture dont la progression dans l'œsophage lui causera de si vives douleurs. D'ailleurs son appétit ne va plus et il en est heureux puisque c'est le passage des aliments le long du conduit œsophagien qui lui fait subir les plus cruelles douleurs. Puis vient souvent compliquer la situation un œdème très fréquent, s'emparant de tous les membres et le visage, la thrombose veineuse.

Certains cancéreux peuvent pourtant vivre un temps assez long, même avec une tumeur ulcérée, sans présenter aucun symptôme de cachexie. Elle se déclare pourtant tout-à-coup à une certaine phase de l'évolution de la maladie sans que rien ne vienne faire prévoir ou expli-

quer cette marche particulière des accidents. Une chose digne de remarque dans le cancer et la cachexie cancéreuse c'est l'absence de fièvre hectique qui n'apparaît qu'à la période ultime de la maladie. Cette fièvre est, au contraire, avec les sueurs; un des principaux traits de la cachexie tuberculeuse. L'émaciation y est extrême, et on remarque le plus souvent cette forme particulière des phalanges unguénales, phalanges en spatule, que pas un observateur n'a négligée.

Toute cachexie implique, par le fait même de son existence, un état fort grave de l'organisme mais la cachexie cancéreuse est, avec la cachexie tuberculeuse, celles qui sont de beaucoup les plus graves.

Bien qu'il ne soit pas rare de trouver des malades porteurs de cancers volumineux et anciens chez lesquels la santé générale n'a pas encore subi de profondes atteintes, on peut dire que ce n'est pas la règle et qu'en général il y a disproportion marquée entre la lésion et le retentissement de l'organisme. C'est ainsi qu'on ne peut expliquer d'une manière satisfaisante la dépression des forces, ni par le suintement, ni par les hémorrhagies, car très souvent ces deux phénomènes n'existent pas ou sont insignifiants; on meurt aussi bien de cachexie cancéreuse alors qu'il n'y a aucune tumeur secondaire et que l'organe lésé est d'une médiocre importance; enfin le malade peut succomber même avant l'ulcération.

III

LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE EN TANT QUE CAUSE PROCHAINE DE TUBERCULOSE.

Péter, dans ses remarquables cliniques, au chapitre qui a pour titre « *Comment on devient tuberculeux* » nous dit: « C'est une déchéance de l'être vivant qui le fait produire des tubercules. La tuberculose est l'expression matérielle d'une déchéance de l'être, et cette déchéance survient par le fait des troubles de la nutrition ».

La tuberculose ne peut s'implanter sur un organisme, que s'il se trouve dans une situation précaire extrinsèque ou intrinsèque; dans de mauvaises conditions soit d'hygiène (manque d'air suffisant ou suffisamment sain, manque de lumière, de chaleur, nourriture de mauvaise qualité ou de quantité insuffisante) soit mauvaises conditions provenant d'une maladie antérieure longue et débilitante. Le bacille de la tuberculose en lui-même, par ce seul fait qu'il se trouve en contact avec l'organisme, n'en fera pas par cela seul, un organisme tuberculeux. Si cela était tous les étudiants, tous les médecins, toutes les person-

nes en contact avec des tuberculeux, le deviendraient eux-mêmes. Dès que des bacilles pénètrent dans l'organisme, la nature réagit, appelle à son secours des nuées de leucocytes qui entourent, englobent et luttent contre les bacilles venus du dehors. Si l'organisme est sain, résistant, dans de bonnes conditions, les leucocytes restent maîtres du terrain et le bacille est détruit.

« On ne devient tuberculeux que si l'on est déjà malade. Le tubercule est l'expression matérielle d'une déchéance de l'être et cette déchéance survient par le fait des troubles de la nutrition, c'est-à-dire que toutes les fois que la nutrition est viciée, la tuberculisation est possible ».

C'est aussi l'avis de Strauss (*La tuberculose et son bacille*) : « A côté de l'intervention du microbe pathogène, élément primordial et qui domine tout, l'observation de tous les jours et les enseignements séculaires de la médecine nous montrent qu'il n'est pas de maladie infectieuse où l'influence des causes secondes joue un rôle plus considérable que pour la tuberculose ».

Ces causes secondes dont parle Strauss, ne les trouvons-nous pas au grand complet dans le cancer de l'œsophage ? Insuffisance de nourriture, apport d'air insuffisant aux poumons, organisme vicié dans ses éléments primordiaux par la cachexie cancéreuse.

Etudions séparément chacune de ces causes secondes et nous verrons que, logiquement, il en résulte un tel trouble dans tout l'organisme, qu'il devient fatalement la proie de la tuberculisation.

Nous avons vu que dans le cancer de l'œsophage il se

produit un rétrécissement notable du calibre de ce conduit, rétrécissement qui peut aller jusqu'à l'oblitération quasi complète.

Dans les premiers temps du cancer l'individu qui en est atteint mange comme tout le monde mais peu à peu survient l'anorexie, le dégoût des aliments ; d'où impossibilité psychique de se nourrir. A cette impossibilité psychique vient s'ajouter bientôt une impossibilité matérielle par ce fait que les aliments que l'on voudrait, par raison, faire entrer dans l'organisme, ne peuvent plus franchir l'obstacle créé par le rétrécissement cancéreux. D'abord le malade est obligé d'avaler de moins gros morceaux ; ces gros morceaux il est quelque temps après obligé de les triturer avec soin, d'en faire une sorte de masse pâteuse qui passera ainsi comme à travers un laminoir ; puis ce ne seront plus que les aliments en bouillie qui pourront traverser le conduit. A mesure que le rétrécissement s'accroîtra, ces bouillies mêmes resteront au-dessus du point rétréci et il ne passera plus que des liquides qui à leur tour seront arrêtés. Pendant les rares mois que le malade a traversés pour en arriver à ce résultat qu'est devenu l'organisme ?

Il a reçu une profonde atteinte par le défaut de nutrition. La condition essentielle pour que les aliments soient digérés c'est d'être d'abord ingérés et nous venons de voir que le rétrécissement cancéreux s'y oppose absolument dans les derniers temps de l'affection. Que va-t-il en résulter ? L'organisme continue toujours à fournir les déchets de toutes les désassimilations, déchets supérieurs à l'apport qui lui est fourni et qui en temps ordinaires

sont contrebalancés par les produits de la nutrition. L'hématopoièse, cette fonction qui consiste à fabriquer des globules de sang, et qui a besoin d'éléments nutritifs pour se régénérer, ne peut plus avoir lieu. Dans les premiers temps l'organisme prend en lui-même ce qu'il ne reçoit plus du dehors, il consomme les graisses qu'il avait en réserve et tous les autres éléments qui peuvent servir à combler un peu le déficit qui tend de plus en plus à se produire puisque les dépenses excèdent les recettes. Le malade se nourrit de sa propre substance et cet autophagisme va quelquefois jusqu'à des limites extrêmes car l'abstinence relative fait perdre à l'organisme un poids beaucoup plus considérable à l'abstinence absolue. C'est ainsi que dans certains cas le défaut d'alimentation progressive a pu faire perdre à l'individu jusqu'à 60 pour 100 de son poids tandis que l'abstinence absolue n'en fait perdre en général que les 4/10.

Cet état, c'est l'inanition, c'est-à-dire, d'après Chosat, le passage graduel du corps à un état dont le terme est l'inanition. Peu à peu l'organisme s'affaiblit de plus en plus, la voix devient faible, la respiration se ralentit, et comme conséquence la chaleur animale baisse ; la circulation ne se fait plus si activement, les éléments anatomiques ne sont plus nourris suffisamment, ce qui explique les divers cas de gangrène consécutive.

On voit donc que cette entrave matérielle à la nutrition porte une atteinte profonde à l'organisme, largement suffisante pour le mettre dans un état de moindre résistance, dans cet état de déchéance dont parle Peter, et qu'il

considère à juste titre comme l'avant-coureur de la tuberculose.

Mais dans le cancer de l'œsophage le défaut de nutrition n'est pas le seul en jeu pour produire la déchéance de l'être.

Voyons si la quantité d'air accordée aux poumons est normale. Nous savons que l'œsophage est en rapport intime avec la trachée. Qu'un cancer vienne se greffer sur l'œsophage. Les éléments épithéliaux prolifèrent très activement et il vient un moment où la tumeur cancéreuse, en prenant de l'extension, si cette tumeur est annulaire ou même se développe à la face antérieure de l'œsophage, finit par se développer du côté de la trachée et la comprime de plus en plus, créant ainsi un obstacle assez sérieux à l'entrée de l'air dans les poumons.

Voilà donc deux causes d'insuffisance pour l'hématopoïèse : insuffisance du côté de la nutrition, insuffisance dans la quantité de l'air.

La cachexie cancéreuse vient à son tour créer une complication funeste pour l'organisme ; ce n'est pas en vain que tous les tissus, sous l'influence de la circulation, vont être imprégnés du poison cancéreux ; tous les éléments anatomiques vont en être plus ou moins infestés, eux qui déjà se trouvaient dans de si mauvaises conditions sous le rapport de la nutrition.

On conçoit donc qu'il n'est pas étonnant que l'organisme ne puisse résister longtemps à toutes ces causes de déchéance et qu'il soit sur le point de céder à la première maladie venue, incapable qu'il est de se défendre dans ces conditions si précaires.

La maladie qui surtout se greffe facilement sur l'organisme ainsi débilité est la tuberculose pulmonaire et cela se conçoit facilement : Le poumon est peut-être, de tout le corps, l'organe qui reçoit le plus de sang dans un temps donné.

Supposons que cette quantité de sang vienne, pour une cause ou pour une autre, à se trouver diminuée notablement les éléments anatomiques vont se trouver en un temps relativement court privés de l'élément nutritif essentiel ; les cellules qui les composent ne pourront plus lutter efficacement contre les assauts nombreux et répétés que vont leur livrer les bacilles de toutes sortes, et en particulier celui de la tuberculose ; ils vont fatalement succomber.

Si l'on réfléchit en outre que les sommets des poumons sont, de toutes les parties du poumon, celles qui sont le moins irriguées, on comprendra que c'est cet endroit qui, étant doué d'une moindre résistance, va d'abord être dans les conditions les plus défavorables et succombera le premier.

Si l'on ne voit pas une corrélation encore plus grande entre le cancer et la tuberculose cela tient à ce que ces deux diathèses appartiennent à deux périodes distinctes de la vie : la tuberculose a fait disparaître ceux qui en sont atteints à un âge où le cancer n'est pas très commun, le maximum de fréquence de tuberculose est atteint alors que le cancer commence à peine à apparaître, tout en reconnaissant toutefois que la phymatose s'attaque à tous les âges.

Un grand nombre d'auteurs ont été frappés de la fré-

quence de la tuberculose dans les cas de cancer de l'œsophage et ne se sont pas bien rendus compte du rapport intime qui existe entre ces deux maladies. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, a remarqué l'un des premiers cette succession : « Un fait nous a extrêmement frappé, c'est la fréquente coïncidence des tubercules pulmonaires avec le cancer de l'œsophage. Dans deux cas surtout, elle a été mise hors de doute par l'examen microscopique. Dans l'un de ces cas, j'ai trouvé des granulations tuberculeuses dans les deux poumons, et quelques-unes dans le tissu sous-muqueux des intestins ; dans un autre, M. Follin en a rencontré dans les glandes bronchiques et cervicales et dans les poumons ; dans l'un et l'autre cas les tubercules n'étaient pas de date ancienne ».

Plus le cancer se met dans un organe essentiel de la nutrition, plus la tuberculose a de chances de se trouver chez l'individu qui en est atteint. Si cette proposition est vraie, l'on doit trouver plus de cas de tuberculose dans le cancer des organes de la digestion que dans les autres organes. De même le cancer de l'œsophage étant un obstacle plus matériel à la digestion que l'estomac on doit constater plus de cas de phymatose consécutive aux cancers du premier groupe que dans ceux du second. Ce sont bien là, en effet, les résultats qui ont été trouvés.

C'est ainsi qu'en recueillant les observations des *Bulletins de la Société anatomique* on trouve 632 cas de cancer avec 53 tuberculoses pulmonaires et ces 632 cas de cancer se décomposent comme suit :

Cancer des organes de la digestion.	284	} 632
Cancer des autres organes.	348	

Parmi les cancers des organes de la digestion on trouve 27 cas de tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire à peu près le dixième; tandis que sur les 348 cas de cancer des autres organes on n'a que 26 cas de tuberculose pulmonaire c'est-à-dire moins de 8 pour 100.

Une statistique de Lèbert nous donne à peu près les mêmes résultats :

Tuberculose pulmonaire avec :

Cancer de l'œsophage, plus de. $1/2$ des cas

Ulcère simple de l'estomac (quelle qu'en

soit la forme). $1/3$ —

Cancer de l'estomac. $1/5$ —

ce qui revient à dire que le nombre de cas de tuberculose pulmonaire coïncidant avec le cancer est d'autant plus grand que l'affection des voies digestives a permis, tout en portant à la nutrition une profonde atteinte, une plus longue durée de vie ; ou, en d'autres termes, l'affection qui tue le plus rapidement a moins souvent provoqué le développement des tubercules par cela même qu'elle a trop tôt supprimé la vie.

Desnos (*Revue de méd. et de chir.* 1879) avait remarqué également la coexistence des deux maladies que nous étudions : « Les rétrécissements cancéreux de l'œsophage constituent, on le sait, des affections d'une extrême gravité, et la sévérité qu'on doit apporter dans le pronostic tient moins à la maladie même qu'aux nombreuses complications qui peuvent en précipiter la marche. Parmi celles-ci, les complications de l'appareil respiratoire occupent le premier rang ». Plus loin il ajoute : « De plus les malades sont épuisés par les progrès d'une affection

essentiellement anémiant, et sont, moins que d'autres en état de résister aux causes morbides. En un mot, le p^{ou}mon se trouve être le *locus minoris résistentiæ* qui cède sous l'influence d'une cause quelconque ».

A l'appui de la thèse que nous avançons, il est temps d'ajouter des faits, qui, plus encore que les raisonnements que nous nous sommes efforcés d'émettre, prouveront au lecteur la vérité de notre dire.

Parmi les observations que nous allons publier, trois sont personnelles ; les autres sont prises dans les *Bulletins de la Société Anatomique*, et signés de noms connus, quelques-uns illustres, n'en auront que plus de poids.

OBSERVATIONS

Observation I

Bull. Société Anat. 1861, par M. Lancereaux, interne
des hôpitaux.

A..., âgé de 52 ans, vitrier, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 35, le 24 juillet 1861 et succombe le 30 du même mois.

C'est un homme d'une taille ordinaire, d'une force moyenne ; il a les cheveux noirs, le teint un peu bronzé, les yeux enfoncés avec coloration jaunâtre au pourtour. Souffrant depuis plusieurs mois, il accuse du malaise, de la faiblesse, une difficulté de la déglutition, des vomissements ou mieux des régurgitations ; il est amaigri, et sa santé paraît altérée. J'engage le malade à boire en ma présence et les liquides passent sans difficulté. Absence de tumeur à l'épigastre, anorexie, constipation ; toux accusée par le malade, sonorité de la poitrine à la percussion ; râle sonore dans une grande étendue, râles humides aux deux bases ; expiration prolongée et un peu soufflante aux sommets.

Les battements et les bruits du cœur sont normaux, le pouls est régulier et sans fréquence, absence de fièvre. Aucun trouble de fonctions cérébrales et génito-urinaires.

Durant les cinq jours qu'il passe à l'hôpital, ce malade mange à peine une petite portion ; il est triste, mais il n'offre aucun trouble fonctionnel, à part la toux ; il n'a pas de vomissements. Dans la nuit du 29 au 30 juillet, il est pris tout à coup d'un vomissement de sang ; l'infirmier appelé approche de son lit et le trouve mort.

Autopsie. — Trente heures après la mort. Putréfaction presque nulle. Les poumons sont pâles, décolorés ; le gauche adhère assez intimement à la paroi thoracique. Des cicatrices brunâtres apparaissent aux sommets des lobes supérieurs. Le doigt qui presse le parenchyme a la sensation de petites granulations disséminées qu'une coupe permet d'apercevoir avec facilité ; quelques-unes de ces granulations miliaires sont accolées entre elles, et forment un amas du volume d'une lentille ; elles se rencontrent plus particulièrement dans le lobe moyen de droite ; les lobes inférieurs en renferment également, mais en moins grand nombre. Au voisinage de ces granulations, on trouve des vésicules dilatées et des lobules devenus emphysémateux. La trachée et les bronches sont obstruées par des caillots sanguins et des mucosités. La muqueuse a une coloration rougeâtre. Une ligature est portée sur l'extrémité inférieure de l'œsophage ; cet organe est ouvert et apparaissent les altérations suivantes : L'orifice cardiaque est sain, mais, à deux ou trois centimètres au-dessous, il existe des dégâts considérables qui se continuent dans une étendue de huit à dix centimètres. On trouve, en effet, une large ulcération occupant les $\frac{2}{3}$ postérieurs de l'œsophage, et même toute la circonférence offre un bord induré, légère-

ment festonné, dont la coupe, d'un blanc mat et un peu granuleux permet, même à l'œil nu, de reconnaître l'existence d'un tissu épithélial. La partie supérieure est rougeâtre et comme fongueuse ; elle renferme, outre les cellules épithéliales, de nombreux vaisseaux. Dans la portion centrale, on trouve encore quelques plaques épithéliales qui ont tout envahi, jusqu'à la tunique moyenne de l'aorte, et à côté, dans les points ramollis, des éléments de tissu conjonctif altérés, des granulations grises et graisseuses.

Observation II

Bull. Société anat. 1837, p. 351, par M. Raimbert.

L'individu qui fait le sujet de cette note, âgé de 66 ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 4 juillet 1837.

Il se plaignait depuis 8 mois de difficulté à avaler. Cette dysphagie au début, variable en intensité d'un jour à l'autre, alla progressivement en augmentant. Le pain, la viande, passèrent d'abord avec un peu de peine, puis nécessitèrent des efforts de déglutition assez considérables pendant lesquels le malade rejetait par la bouche une grande quantité de mucosités filantes, semblables à du blanc d'œuf. Plus tard, les potages, les bouillons, ne purent être avalés que difficilement ; enfin, vers les derniers temps, le bouillon seul pouvait passer. Un sentiment de gêne et d'obstacle se faisait continuellement sentir à la partie inférieure du cou, au niveau de l'extrémité supérieure du ster-

num. De temps en temps des douleurs lancinantes dans le même point, et, quelquefois aussi, des élancements traversant de part en part la poitrine.

Vers le milieu d'octobre une toux fatigante se déclare, le malade expectore des crachats jaunes, puriformes ; l'haleine devient très fétide, on découvre une caverne au sommet du poumon droit.

La faiblesse et la maigreur augmentent de jour en jour. La voix se voile ; et la dysphagie arrive bientôt à son plus haut degré ; le malade n'avale plus que les pilules d'opium, qu'on lui administre pour lui procurer du sommeil, un peu de bouillon et de tisane. La déglutition provoque la toux ; l'expectoration s'accompagne de quelques efforts de vomissement. Enfin, deux ou trois jours avant la mort, la maigreur fait des progrès effrayants. La peau prend une teinte grise ; l'aphonie est complète ; le pouls extrêmement fréquent, dépressible ; le râle trachéal se montre et le malade meurt le 8 novembre 1837.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve une tumeur cancéreuse, du volume d'une grosse noix, dilatant l'œsophage. Elle est située à près d'un pouce au-dessous du cartilage cricoïde ; son extrémité inférieure est rétrécie ; elle adhère en arrière, en bas et à droite, aux parois de l'œsophage, elle est libre dans tout le reste de son étendue. Immédiatement au-dessous, les parois œsophagiennes sont le siège d'une vaste ulcération de deux à trois pouces de longueur, à surface grisâtre et jaunâtre, molle, pulpeuse. Le tissu qui supporte cette ulcération dans lequel sont confondues les parois antérieures de l'œsophage et postérieure de la trachée, est d'un blanc grisâtre, dense, mais friable, et se laissant assez facilement déchirer. Il y a en même temps

épaississement de ces parois, de sorte que le calibre du conduit œsophagien est rétréci et à peine supérieur à celui d'une grosse plume. Au centre de l'ulcération on remarque une ouverture triangulaire de quatre à cinq lignes de hauteur, faisant communiquer ces deux conduits. La muqueuse qui environne cette ulcération est épaissie, d'une couleur grise plus ou moins foncée, et parcourue par des vaisseaux très déliés et très nombreux, de couleur rouge et noire.

Les ganglions lymphatiques qui environnent l'œsophage et la trachée ont augmenté de volume et sont formés d'un tissu noir ou gris, plus mou et plus friable au centre.

Le sommet du poumon droit est creusé d'une caverne; autour de la caverne le tissu pulmonaire est induré, grisâtre, et d'une grande densité.

Observation III (personnelle).

Le malade qui fait l'objet de cette observation est entré le 26 février 1897, à la salle Saint-Christophe à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Diéulafoy, et a été placé au n° 13.

C'est un homme de taille moyenne, âgé de 55 ans. A son entrée dans le service il se plaignait de souffrir depuis 6 à 7 mois de douleurs qu'il localisait en un point situé à la base du sternum; les douleurs qu'il ressentait avaient des irradiations du côté de l'estomac. Ces douleurs devenaient plus vives et plus lancinantes lorsqu'il prenait quelque peu de nourriture, ou plutôt lorsqu'il essayait d'en prendre, car depuis plus d'un mois

il ne pouvait plus avaler que des liquides. Dans les premiers temps de sa maladie, nous raconte-t-il, il s'était aperçu que lorsqu'il voulait manger trop précipitamment les « morceaux ne passaient pas bien » ; il était obligé de faire attention en mangeant de peur de laisser passer un morceau de pain ou de viande qui n'aurait pas été suffisamment trituré. En même temps, de gros mangeur qu'il était auparavant, il s'apercevait de jour en jour que l'appétit n'allait plus bien, il commençait à se mettre à table sans plaisir d'abord, avec dégoût ensuite. Les aliments gras surtout lui répugnaient. Cet état de choses dura environ deux mois puis il commença à sentir le bol alimentaire passer avec difficulté. Il se mit alors à un régime, ne mangeant que des aliments peu durs, œufs sous toutes ses formes, tapioca, riz et potages. Il s'aperçut à peu près à ce moment que son teint changeait, ses couleurs brunes et noirâtres de travailleur disparaissaient, sa figure lui paraissait pâlir, puis au bout de quelque temps, de pâle il devint légèrement teinté en jaune. De plus ses forces diminuaient considérablement, il se fatiguait très vite, une promenade de quelques kilomètres lui devenait très pénible. Pendant l'hiver, vers le mois de janvier 1897 il prit froid, dit-il, et se mit à tousser, et cet état de choses lui durait encore à son entrée à l'hôpital où il nous vint avec la teinte jaune paille caractéristique. Depuis quelque temps ses bouillies et tapiocas ne passaient plus facilement et une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital il vomissait tout ce qu'il prenait quelque temps après l'ingestion. Ce fut surtout parce qu'il vomissait le lait et le bouillon, et qu'il ne pouvait plus se nourrir qu'il se décida à entrer à l'hôpital. On fit aussitôt le diagnostic de cancer de l'œsophage au tiers inférieur et on le mit au régime lacté absolu, mais comme il vomissait tout,

M. le professeur Dieulafoy fit ajouter à son lait une cuillerée d'eau de chaux additionnée de 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne par chaque verre de lait. Il put ainsi se nourrir pendant quelques jours mais les vomissements, quoique beaucoup moins fréquents persistaient quand même.

C'est alors qu'on lui fit le cathétérisme de l'œsophage, d'abord avec l'olive n° 2 qui passa avec assez de facilité, puis ayant franchi le détroit avec l'olive n° 2 on introduisit l'olive n° 3 qui passa avec assez de difficulté à cause du spasme qui se produisit. Les jours suivants le malade avala beaucoup mieux et surtout ne vomit plus son lait, ce dont il était enchanté. Par la suite on lui fit encore quelques cathétérismes mais les vomissements redevinrent bientôt aussi fréquents.

Après quelques alternatives de mieux et de plus mal il finit par s'éteindre tranquillement dans la nuit du 23 mai.

Autopsie. — L'œsophage et les poumons étant les seules pièces intéressantes de l'autopsie nous ne nous arrêterons que sur ces deux pièces que M. Apert, ex-interne du service et employé au service du laboratoire de M. le professeur Dieulafoy, a eu l'obligeance de nous confier. L'œsophage a été fendu et l'on aperçoit une masse cancéreuse qui commence au niveau du cardia et qui se termine exactement à la bifurcation des bronches ; au niveau du cardia la ligne de démarcation entre l'estomac et l'œsophage est abolie.

La masse de cancer la plus volumineuse se trouve au dernier tiers de l'œsophage, à environ deux centimètres du cardia et de cette masse cancéreuse la néo-formation irradie surtout du côté postérieur et latéral droit, pour de là remonter jusqu'à la bifurcation des bronches. Les ganglions voisins de cette bifurcation commençaient à être atteints par le cancer.

A deux centimètres environ au-dessus du cardia se trouve l'orifice le plus rétréci de l'œsophage ; lorsque l'on affronte les deux côtés de ce conduit on voit que cet endroit le plus rétréci est le commencement d'un conduit très étroit, mesurant à peine un millimètre de diamètre et se continuant ainsi avec les mêmes dimensions pendant cinq centimètres au-delà desquels le conduit se dilate et acquiert des dimensions plus considérables.

Le cardia lui-même est pris tout entier mais le reste de l'estomac est sain.

Les poumons présentent un certain degré d'emphysème, mais ce qui est plus important, c'est qu'on y découvre, au poumon gauche de petites éminences blanchâtres très dures faisant saillie au dehors du parenchyme et qui sont des nodules de tuberculose fibreuse pleurale. Au sommet de ce poumon gauche on compte au moins 25 à 30 de ces petites nodosités. Le poumon droit en renferme quelques-unes aussi, mais en beaucoup moins grande quantité.

Observation IV

Bull. Société anat., 1878, publiée par M. Maurice Letulle, interne des hôpitaux.

Cette observation est très intéressante en ce qu'elle montre un cancer en greffant sur une tuberculose et la fait progresser très rapidement.

B... Jean, 52 ans, entre à la Pitié dans le service du Dr Gom-

bault le 12 septembre 1877. Il raconte qu'il est malade depuis 18 mois environ. Il fut pris subitement un soir, en dînant, de dysphagie. Il entre aussitôt à la Charité et fut soumis pendant 8 jours au cathétérisme de l'œsophage. Il en sortit guéri. Mais au bout de quelques semaines les accidents reparurent moins marqués mais progressifs. Depuis quelques mois les régurgitations se sont établies, fréquentes et faciles. Amaigrissement.

Depuis cinq jours la dysphagie est absolue. Le malade ne peut rien avaler ; il rejette par régurgitation tous les aliments, liquides et solides. Aussi se présente-t-il dans un état d'émaciation effrayante. Les côtes sont saillantes sous la peau, et toutes ces saillies du squelette se dessinent très nettement. Le cathéter rencontre, à la partie la plus inférieure de l'œsophage une résistance invincible que la plus petite olive ne peut franchir. Les mucosités que recouvrent l'olive sont striées de sang. La sonde œsophagienne est introduite ; aucune goutte de liquide ne passe. On remarque qu'à certains moments en dehors des mouvements respiratoires, le liquide contenu dans l'entonnoir de la sonde disparaît complètement puis remonte bientôt en abondance.

Le malade est pris, par instants, de quintes de toux pénibles. Il rend alors une certaine quantité de crachats jaunâtres, opaques, réellement nummulaires pour quelques-uns d'entre eux. Il tousse depuis de longues années, n'a jamais eu d'hémoptysie. Nombreux excès alcooliques. Pas de syphilis. Douleur très vive à la pression au niveau du creux épigastrique, où on ne constate aucune tumeur. Foie normal ; ventre aplati, à peine sonore ; diarrhée habituelle ; souffle amphorique ; gargouillement et matité sous la clavicule droite.

Deux jours après son entrée les aliments liquides peuvent

passer, avec certaine difficulté. Cet état persiste jusqu'au 8 octobre. Le malade s'affaiblit progressivement et la toux devient de plus en plus pénible, les crachats purulents augmentent. Et, bien que dans les derniers temps les jaunes d'œufs soient absorbés, l'état de faiblesse devient si grand que le malade se plaint du moindre mouvement. Il meurt le 13 octobre.

Aulopsie. — Le tiers inférieur de l'œsophage est envahi par une dégénérescence néoplasique cancéreuse. Depuis la bifurcation des bronches jusqu'au cardia le canal œsophagien est transformé en une masse dure, cylindrique, renflée à ses deux extrémités. Sur la coupe l'organe est considérablement rétréci, surtout au niveau du cardia.

On trouve, à 10 centimètres du cardia, sur la face antérieure de la muqueuse œsophagienne, une ulcération arrondie, gris jaunâtre, large de 2 centimètres environ et pénétrant profondément dans une masse cancéreuse sous-jacente à l'œsophage. Cette masse néoplasique jaune pâle est constituée probablement par un énorme ganglion dégénéré inférieur à la bronche gauche.

Cette masse adhère intimement à la face inférieure de la bronche et au péricarde pariétal. Elle répond en avant aux veines pulmonaires. Cette tumeur est grosse comme une noix et présente sur la coupe quelques points noirâtres (anthracose ganglionnaire). Les veines, la bronche et le péricarde sont indemnes. Le nerf pneumogastrique gauche passe immédiatement en dehors du ganglion. Il lui adhère dans une étendue de deux centimètres environ.

Immédiatement au niveau du cardia commence une nouvelle tuméfaction du néoplasme qui forme là une tumeur sous-jacente à la muqueuse ulcérée. Son diamètre vertical mesure

quatre centimètres, le transversal deux centimètres. Son volume égale celui d'un œuf de poule. Elle empiète sur la face postérieure de l'estomac. Cette masse crie sous le scalpel, elle se perd dans le tissu cellulaire de la partie inférieure du médiastin. Elle paraît peu vasculaire, et est sillonnée de tractus fibreux jeunes.

Poumons. — Le poumon gauche, au sommet, est dur, farci de tubercules entourés de tractus fibreux. Aucun n'a subi la transformation caséuse.

Le lobe inférieur présente un nombre peu considérable de granulations au milieu d'un tissu rouge crépitant. Les bronches sont remplies de mucosités purulentes et paraissent dilatées sur nombre de points.

A droite, le poumon est dur dans toute son étendue à la coupe on trouve au centre du lobe inférieur une caverne de la grosseur d'une petite noix perdue au milieu d'un parenchyme grisâtre et très induré, infiltré par flots de tubercules probablement anciens, gris et très durs. Quelques cavernules rapprochées du hile.

Observation V

Bull. Soc. anat. 1883, page 411 (M. Josias).

Le nommé M... Claude, âgé de 61 ans, ébéniste, est entré le 27 mars 1883, salle Saint-Charles, lit n° 9, à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Hardy.

Je passe les antécédents héréditaires qui n'ont rien d'intéressant si ce n'est que la tuberculose contractée par le malade qui fait l'objet de l'observation n'était pas acquise par hérédité.

Antécédents personnels. — Etant enfant, était sujet à avoir des maux d'yeux, mais non des glandes au cou ni la gourme. A 6 ans, variole. A 21 ans, a eu 3 blennorrhagies. A 47 ans ophthalmie double ? Jamais de rhumatisme ni d'accidents syphilitiques. Nie avoir fait des excès alcooliques. Avant le mois de juillet 1882 ce malade était bien portant ; cependant depuis deux mois déjà son appétit, qui était excellent, excessif, avait diminué. Au mois de juillet, il se met à tousser d'une façon quinteuse ; la toux était suivie d'une expectoration pénible ; les crachats étaient alors blancs, jamais striés de sang. Depuis cette époque, il ne cesse de tousser, principalement durant l'hiver. Presqu'en même temps il ressentit une douleur vive au niveau de la région sternale, qu'il compare à « un couteau qui lui aurait labouré la poitrine ». Ces douleurs auraient persisté cinq à six mois, nuit et jour, empêchant le sommeil. En raison de la toux et des douleurs sternales le malade fut contraint de passer tout son temps, étant assis, durant six mois. Il prétend que la station assise calmait momentanément les douleurs et la toux pénible.

Au mois de novembre le malade est étonné de ne pouvoir faire passer ses aliments dans son estomac ; il remarque que « le trou était bouché » et raconte qu'il avait la parfaite sensation de l'arrêt des matières alimentaires au niveau du creux de l'estomac, puisque l'œsophage ne cessait de se remplir pour se vider entièrement par la bouche et de la façon la plus simple, sans aucun effort ; le malade baissait la tête, ouvrant la bou-

che, puis tout ce qu'il venait de manger était ainsi rejeté au dehors. Déjà à cette époque, le malade avait un moins bon appétit, ce qui le désespérait.

Pendant quatre mois (novembre, décembre 1882, janvier et février 1883), ces mêmes phénomènes se produisent.

Aucun aliment ne passe dans l'estomac. Les matières alimentaires ne cessent d'être rendues immédiatement après avoir été ingérées. Jamais les vomissements ne furent bilieux, ni sanglants, ni eurent une coloration noire, marc de café, suie de cheminée. Quelquefois les vomissements furent glaireux. Pendant ces quatre mois l'amaigrissement se produit, les forces s'affaiblissent, sans s'accompagner de sueurs nocturnes, de fièvre vespérale.

Au mois de février 1883, le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, où il séjourne cinq semaines.

En arrivant à Saint-Antoine on lui découvre une pleurésie droite, pour laquelle on fait à deux reprises différentes la thoracentèse; le liquide retiré de la plèvre était comme du vin blanc; la première fois on lui retire deux litres environ, la deuxième fois un litre et demi.

Durant le temps qu'il séjourne à Saint-Antoine le malade ne peut toujours pas manger, à ce point qu'il fut question de le nourrir par le rectum. Pendant ce temps le malade continue à s'affaiblir et à maigrir, mais toujours sans réaction fébrile.

Le 25 mars, il quitte Saint-Antoine et vient au Bureau central, d'où il est envoyé dans le service de la Clinique à la Charité. Le 27 mars il entre à la salle Saint-Charles, lit n. 9.

Elat actuel. — Amaigrissement notable. Emaciation. Affaiblissement considérable. Téguments décolorés. Appétit conservé.

Les aliments solides et liquides sont rendus presque immédiatement sans le moindre mélange de sang; ces vomissements se produisent facilement, ne s'accompagnant pas de douleurs à la gorge, au niveau de la région sternale, ni au creux épigastrique. Le ventre est aplati, déprimé d'une façon notable. La palpation abdominale ne donne lieu à aucune douleur et ne révèle l'existence d'aucune tumeur gastrique. Pas de dilatation de l'estomac, ni de diarrhée.

La poitrine est caractérisée par une émaciation excessive. Les clavicules sont saillantes, les creux sous-claviculaires très accentués, exagérés. La poitrine est sonore, et renferme çà et là des râles sibilants et ronflants. La voix est rauque depuis deux mois environ.

Le soir de son entrée à l'hôpital, je fais le cathétérisme de l'œsophage avec une boule d'ivoire (petite dimension n° 2); le cathétérisme fut difficile, un peu long. La sonde s'arrêtait au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage; néanmoins, après quelques tâtonnements elle pénétra dans l'estomac. Après ce cathétérisme, qui ne s'accompagna d'aucun accident (sang, matières sanguinolentes), le malade put pour la première fois, avaler deux litres de lait. En même temps la respiration fut moins gênée et la nuit meilleure.

28 mars. — Le cathétérisme est répété; la cathéter passe assez difficilement et semble donner une sensation de rugosités à la partie inférieure de l'œsophage. Cette opération un peu douloureuse ne détermine aucune excoriation et ne provoque aucun vomissement de sang. Le malade continue à ne prendre que du lait et en boit quatre litres environ. Le malade subit le cathétérisme tous les matins et est souvent au régime exclusi-

vément lacté. L'état général se montre alors meilleur et le moral du malade moins affecté.

4 avril. — Introduction du cathéter, puis d'une sonde en caoutchouc par laquelle on introduit un potage. Cette opération est répétée le 5 et le 6 avril.

7 avril. — On cesse le cathétérisme et l'introduction de la sonde cesse par cela même que le malade mange bien à la cuiller. Depuis ce moment le malade mange habituellement des potages au vermicelle, à la pâte d'Italie, au tapioca, des panades. Le malade se sent moins faible et dort bien.

15 avril. — L'amaigrissement est toujours notable, la voix est enrouée ; la respiration est toujours courte ; l'inspiration est un peu bruyante lorsque le malade se trouve anhélant. Langue rose. Plus de vomissements. Appétit excellent. Aucun phénomène gastrique.

Poitrine. — En arrière sonorité, râles sous-crépitaⁿts disséminés, principalement dans la fosse sus-épineuse du côté droit. En avant, sonorité exagérée. Respiration rude au sommet droit ; frottements pleuraux à droite.

19 avril. — Le malade parle avec difficulté. Il répond assez bien aux questions qui lui demandent une réponse brève, mais il ne peut arriver à conduire une phrase entière. Il ne se souvient plus de ce qu'il a fait la veille. Il a du délire dans la journée et dans la nuit.

20 avril. — Délire toute la nuit. Pas de fièvre.

Poumon. — En avant on n'entend pas l'expira^tion. L'inspiration est rude et accompagnée de râles sous-crépitaⁿts sous les clavicules, principalement à droite.

23 avril. — *Poumon* : Quelques bruits de frottements ressemblant à des râles sous-crépitaⁿts très fins et très superficiels au

début de l'inspiration en avant et à droite. Expiration égale à l'inspiration ; respiration rude au sommet droit, mais aucun bruit ne décélant la présence d'une caverne.

Soir : Affaiblissement. Collapsus. Torpeur.

24 avril. — Mort à 5 heures du matin.

Autopsie. — Dans l'abdomen, ascite, liquide citrin, 500 grammes environ. A l'ouverture de la poitrine on constate à droite un épanchement séreux, environ un litre, et, à la base du poumon droit un exsudat fibrineux extrêmement abondant, réunissant les lobes moyen et inférieur du poumon. Par endroit cet exsudat se détache facilement. Adhérences pleurales anciennes à gauche, mais que l'on parvient assez facilement à rompre.

Poumons. — A la surface du poumon droit on constate un semis de granulations jaunâtres, variant comme étendue de celle d'un grain de mil à la grosseur d'un petit pois. A la coupe on constate une infiltration tuberculeuse généralisée. Au sommet existe une véritable masse d'infiltration. Il existe une petite caverne dans le lobe supérieur ayant les dimensions d'une noisette. Le parenchyme non envahi par les tubercules est de couleur rouge vif et laisse écouler un liquide spumeux aéré. Les tubercules miliaires sont moins nombreux que dans le lobe inférieur.

Œsophage. — Au niveau du tiers inférieur, à quatre centimètres de l'orifice cardiaque on constate que la paroi œsophagienne est dure, consistante ; en comprimant cette région on fait sourdre à la partie postérieure du conduit œsophagien une bouillie blanchâtre, crémeuse. Le canal œsophagien étant ouvert par sa face postérieure on met à nu une tumeur blanchâtre qui siège à quatre centimètres du cardia ; cette tumeur mesure 0,045 millimètres de longueur, 0,032 de largeur ; 0,004 d'épais-

seur. Cette tumeur paraît s'être développée dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux, et avoir refoulé la couche musculaire qui, à l'œil nu, paraît intacte. La surface de la tumeur est blanchâtre; le grattage permet d'enlever un liquide lactescent. Les confins, les limites de la tumeur carcinomateuse font une saillie dont la couleur blanche contraste avec la coloration rosée de la muqueuse non envahie. Le cardia n'est pas envahi par la matière carcinomateuse. Le râclage de la tumeur donne un liquide lactescent, trouble, constitué par des corpuscules volumineux, arrondis, à gros noyaux et à granulations et des cellules cylindriques déformées.

Les ganglions périœsophagiens et péri-bronchiques sont hypertrophiés et donnent à la coupe un liquide blanc, caséux, crémeux.

Observation VI (personnelle).

G..., Maurice, âgé de 57 ans, entre à la salle n° 10, à Brest, lit 9, le 12 décembre 1894. Il exerce la profession de tailleur de pierres et nous a avoué des habitudes d'intempérance. Il y a deux ans, nous raconte-t-il, qu'il souffre d'une brûlure qu'il se serait faite en buvant un liquide trop chaud. Cette légère brûlure l'a beaucoup fait souffrir au moment de l'accident et il lui en est toujours resté quelque chose; c'est à cette brûlure qu'il rapporte le commencement du mal pour lequel il entre actuellement à l'hôpital et qui, disons-le de suite se trouve être un cancer de l'œsophage. Il se pourrait que cette étiologie soit

vraie et que l'œsophagite légère provenant de sa brûlure soit la cause occasionnelle du développement de son cancer. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes éprouvés par le malade. Il y a un an environ la douleur qu'il a toujours un peu ressentie à l'œsophage est devenue plus forte de jour en jour. D'abord il croyait à une douleur passagère, comme celles dont il était coutumier il y a deux ans, depuis son accident. Pourtant la douleur ne passait pas et tantôt le faisait cruellement souffrir, tantôt prenait les caractères d'une douleur sourde, il lui semblait que quelque chose le serrait à un endroit qu'il nous désigne, et qui est situé à peu près au niveau de la fourchette du sternum et un peu au-dessous. Peu à peu à son symptôme douleur est venu s'ajouter un autre symptôme qui le tracassait beaucoup ; au commencement de l'année, nous dit-il, j'ai senti comme si ma gorge était serrée et se refusait à laisser passer les aliments ; pour peu qu'il voulût essayer d'ingérer de gros bols alimentaires l'œsophage réagissait en se contractant et en faisant souffrir le malade. Cette dysphagie constituée d'abord par une simple gêne de la déglutition des solides qui semblaient s'arrêter, est allée croissant de jour en jour, se refusant à laisser passer les gros bols alimentaires d'abord puis les bols moyens ; plus tard il a fallu que tous ses aliments fussent bien mastiqués, et encore passaient-ils difficilement, au point qu'ils étouffaient quelquefois le malade à leur passage.

Depuis 6 mois il remarque qu'il n'a plus de goût à rien, qu'il n'a plus d'appétit.

Depuis quelque temps même non seulement il n'a plus d'appétit et ne peut plus ingérer que des bouillies ou des liquides, mais encore ces aliments sont à peine dans l'œsophage qu'il survient des régurgitations qui se font sans grande douleur

très facilement, sans efforts du malade ; ces régurgitations sont souvent mêlées de mucus épais et de filets de sang. Son haleine a une odeur spéciale, très désagréable, il se plaint en outre d'avoir du hoquet.

Quand il arrive à l'hôpital il est dans un état assez précaire ; il est très amaigri, les os de la face ressortent considérablement, les yeux sont enfoncés dans l'orbite, sa maigreur est presque squelettique, ses côtes sont très facilement visibles ses jambes, ses cuissés et ses bras sont presque entièrement dépourvus de saillies musculaires. Il nous raconte que depuis plusieurs mois il a maigri considérablement sous l'influence du manque de nourriture qu'il ne veut pas et qu'il ne pourrait d'ailleurs pas ingérer. Sa voix est rauque, basse. Son teint présente la couleur jaune paille caractéristique.

On essaye de le mettre au régime lacté mais à peine en a-t-il introduit quelques gorgées dans son estomac qu'il régurgite le tout.

On essaye alors de lui pratiquer le cathétérisme, mais la sonde munie de l'olive n° 2 passe très difficilement, en lui causant une douleur très vive et en amenant avec elle quelques filets de sang ; par la sonde on trouve que l'on est arrêté vers le premiers tiers de l'œsophage.

Ne pouvant nourrir ce malade par les voies ordinaires on lui administre un lavement nutritif fait de jaunes d'œufs, et ce traitement lui est continué.

Depuis un an, nous raconte-t-il, il tousse beaucoup, surtout l'hiver. En effet, à l'auscultation on lui trouve en arrière des râles sous-crépitaunts disséminés au sommet des deux poumons mais surtout du poumon droit, en avant sous la clavicule

existe un peu de matité avec une expiration prolongée, un peu soufflante.

Cependant le malade continue à se cachectiser, il maigrit encore davantage, si possible ; bientôt, dans le commencement de janvier il se trouve très affaibli, répond avec paresse aux questions qui lui sont posées, élude même les réponses trop longues. Enfin, le 17 janvier il s'éteint à 4 heures de l'après-midi.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée quarante heures après la mort ; la décomposition est peu avancée. La tumeur cancéreuse est bien où on l'avait diagnostiquée, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage ; elle s'étend surtout à la partie antérieure du conduit, épaisse d'un centimètre environ, donnant au grattage un liquide lactescent ; les ganglions périœsophagiens sont englobés par la dégénérescence cancéreuse et remontent jusqu'au niveau du cou.

Les poumons ont un peu d'emphysème ; on y rencontre quelques granulations tuberculeuses, surtout dans le poumon droit dont la partie supérieure du lobe supérieur contient deux ou trois cavernules de la grosseur d'un léger petit pois.

Observation VII

Bull. de la Société anat. (M. Monnier, interne des hôpitaux) 1886.

Le nommé U... Jean, âgé de 53 ans, briquetier entre le 17 janvier 1886 salle Michon, n° 43. Pas d'antécédents morbides ;

il y a 15 mois douleurs vives survenues subitement, sans causes connues, dans la poitrine; elles durèrent 8 jours: depuis lors, dysphagie qui n'a fait que s'accroître pour être absolue depuis une quinzaine de jours. M. le docteur Lancereaux qui l'a reçu d'abord dans son service a pu passer dans l'œsophage une petite sonde, mais seulement une fois ou deux. Le 17 janvier il passe en chirurgie dans l'état suivant: il est profondément émacié et débilité; dysphagie absolue.

M. Verneuil parvient une fois, après des tentatives répétées, à passer la plus petite olive sur son conducteur. Ajoutons qu'en dehors de la sténose œsophagienne on ne constate aucun signe de cancer: ni hématomés, ni adénopathie, ni tumeur d'aucune sorte. La sonde paraît arrêtée assez bas, et il semble que l'épithélioma siège près du cardia.

Etant donné l'affaiblissement et la maigreur du malade, M. Verneuil rejette toute idée de taille stomacale, son expérience lui ayant appris que cette opération chez un cancéreux arrivé à un tel degré d'émaciation, amène fatalement la mort dans les 24 ou 48 heures. Diverses tentatives de cathétérisme sont faites inutilement du reste, les jours suivants, et le malade, après un instant d'amélioration bien relative meurt d'inanition le 21 janvier, après une courte et tranquille agonie.

Je passe l'autopsie où l'auteur s'attarde surtout à une disposition anormale de l'estomac, intéressante au point de vue de la taille stomacale. La lésion œsophagienne n'a rien de spécial. C'est une tumeur annulaire siégeant juste au milieu du conduit œsophagien. L'épaisseur des parois est de un centimètre environ. La surface muqueuse ou interne est ulcérée: sur la paroi antérieure est une sorte de nid de pigeon dans lequel évidemment butait la sonde. L'aspect de la coupe est l'épithélio-

ma et l'examen histologique prouve qu'il s'agit en somme d'un épithélioma pavimenteux tubuleux, ce qui rend compte de la lente évolution du néoplasme.

Du côté des plèvres adhérences anciennes aux sommets des deux poumons ; un tubercule en voie de ramollissement dans l'un deux.

Observation VIII

Bull. Société anat. 1887 (J. Reboul, interne des hôpitaux).

C... Clément, âgé de 43 ans, entré le 23 avril 1887, salle Velpeau, lit n° 45, dans le service de M. le Dr Monod, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade venait du service de M. le Dr Moutard-Martin, où il était entré au commencement d'avril. Depuis le mois de janvier 1887, le malade se plaignait de dysphagie pour les aliments solides, et même pour les liquides. Le cathétérisme de l'œsophage indique un rétrécissement siégeant au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, à sept centimètres environ de l'extrémité supérieure de l'œsophage ; ce rétrécissement est fort étroit. A la suite de ce premier cathétérisme, la dysphagie diminue un peu, les aliments en bouillie passent assez facilement ; toutefois le malade se plaint d'une gêne rétro-sternale pendant la déglutition de ces aliments. L'appétit est conservé.

Quelques jours après, le malade présente une dysphagie plus marquée ; l'amaigrissement augmente, les forces diminuent. Le

malade demandant une opération pour le soulager, entre dans le service de M. le Dr Monod, le 23 avril.

A son entrée : L'amaigrissement du malade est très marqué, ses forces ont beaucoup diminué depuis quelques jours ; la dysphagie est considérable même pour les liquides ; parfois des régurgitations. Pas de troubles gastriques, ni vomissements ni douleurs spontanées ou provoquées par la pression. Pas de diarrhée. Le malade tousse un peu, pas d'hémoptysie ; submatité du sommet du poumon gauche, craquements humides et quelques râles cavernuleux dans cette région. Séance de cathétérisme.

9 mai. — Le malade qui depuis quelques jours avalait assez bien tous les aliments, solides, présente une dysphagie croissante et qui ne permet plus que l'alimentation liquide.

Le 15. — Faiblesse et amaigrissement augmentent.

Le 23. — La dysphagie augmente.

Le 25. — Décès sans cause appréciable.

Autopsie. — Amaigrissement extrême.

Poumons. — Droit : quelques nodules tuberculeux disséminés dans le lobe supérieur. Poumons gauche : caverne volumineuse occupant le sommet. Adhérences pleurales très marquées. Granulations tuberculeuses disséminées dans tout le poumon gauche, mais nombreuses dans le lobe supérieur.

Œsophage. — Tumeur siégeant au niveau de la crosse de l'aorte. L'œsophage est très adhérent à ce niveau à la crosse de l'aorte et à la face postérieure de la bronche gauche et de la partie inférieure de la trachée. Tout autour de cette tumeur ganglions lymphatiques volumineux, durs. Cette chaîne ganglionnaire remonte le long de l'œsophage jusqu'au niveau du larynx il en existe aussi un groupe entourant l'extrémité inférieure de l'œso-

phage, au-dessus de l'orifice diaphragmatique. Les ganglions lymphatiques des régions carotidiennes et sus-claviculaires ne sont pas tuméfiés et altérés. L'incision à la face postérieure de l'œsophage, depuis son extrémité supérieure permet de constater un rétrécissement très serré situé à 7 centimètres de l'orifice pharyngien. Ce rétrécissement admet difficilement une sonde cannelée. Incisé il a une étendue de 3 centimètres. Il est formé d'une masse végétante faisant corps avec les parois œsophagiennes. De ces mamelons partent en haut et en bas les plis longitudinaux de la muqueuse œsophagienne. A la partie moyenne du rétrécissement, désintégration du néoplasme, petites anfractuosités irrégulières. En somme ce rétrécissement a l'aspect macroscopique d'un épithélioma,

Observation IX

Tirée des *Mélanges de pathologie médicale*, tome XIII, page 19,
par Gallard, médecin de la Pitié.

Il y est question d'un homme dont la vie avait été traversée par les plus étranges vicissitudes et qui s'était livré à tous les excès possibles, principalement aux excès alcooliques. Il fut, en fin de compte, enrôlé dans une des armées républicaines qu'avait fait mettre sur pied la querelle de sécession. C'est au milieu des fatigues de cette rude campagne qu'il éprouva les premiers symptômes de la maladie à laquelle il vint de succomber. Ceux de ses symptômes qui avaient le plus attiré son attention étaient des troubles véritablement gastriques, con-

sistant en une douleur à la région stomacale, en nausées et en vomissements, lesquels survenaient non pas au moment même de l'ingestion des aliments, mais un certain temps après. Il ne voulait pas entrer à l'hôpital et demandait seulement une consultation. En présence de ces troubles gastriques, de l'amaigrissement considérable et de la teinte cachectique que présentait le sujet, je n'hésitai pas à reconnaître un cancer et à le placer dans l'estomac, quoiqu'il n'y eût jamais eu ni hémathémèse ni diarrhée mélanique. Un autre signe faisait également défaut et celui-là avait peut être plus d'importance à mes yeux, je n'avais pas trouvé de tumeur à la région épigastrique. J'ordonnai un régime exclusivement lacté, qui amena une amélioration passagère.

Cependant au bout de quelques semaines, le malade, vomissant même le lait et s'affaiblissant de plus en plus, revint me trouver, et, cédant à mes instances, se décida à entrer à l'hôpital. Là, je pus l'examiner méthodiquement et m'assurer qu'il n'y avait dans la région stomacale aucune tumeur apparente, aucune résistance, aucune malité anormale, dénotant une induration quelconque des organes sous-jacents. Donc, les signes rationnels nous avaient porté à diagnostiquer un cancer de l'estomac que les signes physiques ne nous permettaient pas de retrouver; vous verrez dans un instant ce que nous a révélé l'autopsie.

Ne trouvant rien à l'estomac, et tout en admettant qu'un cancer de cet organe pouvait parfaitement exister sans être accessible à nos sens, je cherchais à déterminer, à l'aide d'un interrogatoire plus minutieux, si la lésion, au lieu de siéger au pylore comme cela arrive dans la majorité des cas, n'affectait pas au contraire, le cardia. J'appris que, depuis assez longtemps

déjà, au lieu de se produire avec effort et un certain temps, plusieurs heures après le repas, comme cela avait eu lieu au début, ils survenaient immédiatement après l'ingestion des aliments, sans contraction du diaphragme ni des muscles abdominaux, et consistaient dans une sorte d'expuition ou de régurgitation, plutôt que dans un vomissement véritable. A ce premier renseignement capital, le malade en ajouta un autre non moins essentiel à connaître, c'est qu'il éprouvait, le long de l'œsophage, une sensation toute particulière de plénitude chaque fois qu'il avait ingéré des aliments, et il avait conscience que ses aliments ne pénétraient pas jusque dans l'estomac. Cette pénétration n'avait lieu que pour les liquides et seulement quand ils étaient pris en petite quantité à la fois. Il y avait donc un obstacle à la libre circulation des aliments dans l'œsophage ; obstacle probablement de nature cancéreuse. Dès lors, il ne restait plus qu'à préciser le siège de cet obstacle et à chercher à le franchir, pour introduire artificiellement dans l'estomac les aliments qui ne pouvaient arriver par les voies naturelles. Je fis demander des sondes et des bougies de divers calibres et se terminant les unes en pointe, les autres par des boucles de différents diamètres, mais pendant les quelques jours que l'on mit à me procurer ces instruments, l'état du malade s'aggrava d'une façon tellement rapide qu'au moment où ils arrivèrent, il n'était plus possible de songer à en faire usage.

L'émaciation, déjà considérable, avait fait d'effrayants progrès. Les liquides eux-mêmes étaient rejetés en totalité, immédiatement après avoir été ingérés. Le malade sentait que ni le bouillon, ni le vin, ni même le lait, n'arrivaient plus jusqu'à son estomac. Il était en outre fatigué par une toux opiniâtre, incessante, laquelle ne s'accompagnait pendant la vie d'autres

signes sthétoscopiques que de ronchus de bronchite, disséminés dans les deux poumons. Ces ronchus étaient secs à la partie supérieure, humides, sous-crépitants aux deux bases, et cependant il y avait une infiltration tuberculeuse généralisée des deux organes pulmonaires. L'autopsie nous montre cette infiltration tuberculeuse coexistant sur le même sujet avec les lésions cancéreuses que je mets sous vos yeux. Ce qui prouve une fois de plus qu'il n'y a pas entre les deux diathèses (cancer et tubercule) cet antagonisme qu'on leur a attribué. »

Je passe la description de l'estomac ; il avait une petite tumeur cancéreuse, à peine du volume d'une cerise, située tout près du pylore.

« Voyons maintenant l'état de l'œsophage. Une sonde, de diamètre ordinaire, introduite du côté du pharynx se trouve arrêtée immédiatement au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage, derrière le larynx, absolument comme cela avait eu lieu pendant la vie. La même sonde, introduite par l'orifice cardiaque de l'estomac dans l'œsophage, ne peut parcourir de bas en haut toute la longueur de ce conduit et se trouve arrêtée un peu au-dessus du tiers inférieur avec le tiers moyen. Il y a donc rétrécissement de l'œsophage et à sa partie supérieure et un peu au-dessous de sa partie moyenne ; entre les deux points rétrécis l'œsophage se dilate de façon à former une poche assez vaste, poche dans laquelle s'accumulaient les aliments liquides ou semi-liquides qui, ayant pu franchir le rétrécissement supérieur, se trouvaient arrêtés par le rétrécissement inférieur, beaucoup plus étroit. Cette poche ne présente aucune ulcération, elle n'est envahie par aucune végétation cancéreuse, quoique ce soit bien le cancer qui ait produit le double rétrécissement placé sous vos yeux. Vous voyez, en effet, accolée à la

trachée, une masse blanche, lardacée, qui occupe toute la face postérieure de cet organe, depuis le larynx jusqu'à la bifurcation des bronches et qui sonde intimement la trachée à l'œsophage. Cette masse blanche s'épaissit à la partie supérieure et à la partie inférieure, où elle entoure plus intimement l'œsophage, pénètre dans son tissu, fait corps avec lui et rétrécit son calibre,

Observation X (personnelle)

Le 12 mai 1897 entra dans le service de M. Gouraud, salle Vulpian, et occupa le lit n° 14, le nommé B... Adrien, charpentier, âgé de 51 ans ; ce malade vécut pendant cinq jours dans le service et mourut le 17 mai ; il était dans l'état d'émaciation le plus complet que nous ayons vu ; les joues étaient creuses, laissant voir très nettement la saillie du maxillaire inférieur ; les yeux avaient une expression hagarde, enfoncés dans l'orbite et entourés d'un cercle noir. Les muscles étaient tous considérablement atrophiés au point que ses cuisses égalaient à peine comme grosseur le bras d'un adulte. Les quelques rares paroles qu'il ait pu nous dire étaient articulées d'une voix bitonale, rauque. Il nous apprit qu'il était malade depuis 11 mois environ et qu'il avait été dans trois services d'hôpital qu'il quittait parce qu'il s'y ennuyait. Son facies est très caractéristique par sa teinte jaune paille. Depuis deux mois il ne peut plus avaler ; à peine s'il peut ingérer par jour quelques gorgées de lait qu'il rejette presque aussitôt.

Depuis le mois de novembre 1896, il se plaint de tousser beaucoup ; surtout aux mois de janvier et de février 1897 cela le gênait beaucoup ; il avait à chaque instant des quintes qui lui déchiraient la poitrine ; il a remarqué en même temps qu'il transpirait beaucoup plus qu'auparavant : dans la nuit, il lui arrivait souvent de se réveiller couvert de sueur. Il remarquait aussi qu'il maigrissait beaucoup, mais il attribuait surtout cette maigreur croissante à la difficulté qu'il avait à se nourrir.

A l'auscultation, on trouve des râles muqueux disséminés un peu dans toute l'étendue des deux poumons ; il y a de la matité aux deux sommets, au creux sus-claviculaire. La respiration est un peu soufflante, surtout du côté du poumon droit ; l'expiration est prolongée et égale à l'inspiration. On trouve, en résumé, les signes de la bacillose pulmonaire.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate la présence d'adhérences assez nombreuses reliant le poumon à la cage thoracique ; les deux poumons, mais plus le poumon droit que le poumon gauche, présentent des signes de tuberculose et répondent à peu près à l'idée que l'on s'en était faite du vivant du malade. Pourtant, il existe dans le poumon quelques petites cavernules, de la grosseur d'un léger pois.

L'œsophage présente au niveau de son tiers inférieur une tumeur de la grosseur d'un œuf, empiétant sur le cardia et remontant jusqu'à la bifurcation des bronches par des prolongements qui rampent surtout à la partie antérieure et gauche du conduit œsophagien. La tumeur cancéreuse ne fait pas complètement le tour du conduit : la portion postérieure et droite de la muqueuse sont saines.

On fend l'œsophage sur toute sa longueur et l'on s'aperçoit que presque toute la portion où se trouve le cancer est pour

ainsi dire obstruée; la lumière du conduit mesure à peine, lorsque l'on accole les bords, un diamètre tantôt de un millimètre, tantôt de deux. Cette disposition nous explique l'inanition et la cachexie profondes où se trouvait le malade qui, depuis longtemps déjà, ne pouvait s'alimenter que par ce canal ridiculement étroit.

M. Jonas, dans l'observation V, a eu soin de noter le bon état de santé des parents du malade qui fait l'objet de son observation. Nous-mêmes, dans les trois observations qui nous sont personnelles, nous nous sommes consciencieusement enquis des antécédents héréditaires ; ils ont été trouvés bons, non entachés de tuberculose. Donc, chez nos quatre malades, la tuberculose n'est pas héréditaire, mais bien acquise. Nous savons que le cancer ne survient chez les malades qu'à une époque assez avancée de la vie ; la tuberculose, au contraire (bien qu'elle puisse s'attaquer à tout âge), est plutôt l'apanage de la jeunesse et de la virilité. Pour que la bacillose ait respecté l'organisme pendant une grande partie de la vie et s'en soit emparée peu après l'apparition du cancer, il faut (la coïncidence serait trop bizarre) qu'il y ait à cela une cause qui, à notre avis, est la déchéance progressive de l'être sous l'influence de la cachexie. Nous nous rallions pleinement à l'opinion de Peter, qui exquise à grands traits la succession des phénomènes qui, partant de l'inanition, aboutissent à la tuberculose : « difficulté, puis impossibilité physique de l'ingestion des aliments, inanition progressive, dépérissement proportionnel, tuberculisaton. »

IV

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas d'antagonisme entre le cancer et la tuberculose ;

2° La tuberculose ne s'empare de l'organisme que s'il est déjà malade et affaibli ;

3° Le cancer de l'œsophage met le malade qui en est atteint dans un état d'infériorité très marqué ;

4° Des observations fréquentes montrent que la tuberculose pulmonaire s'empare souvent de malades atteints de cancer de l'œsophage.

5° La tuberculose pulmonaire ne survient dans un âge avancé que si une cause quelconque vient débilitier profondément l'organisme ; le cancer de l'œsophage débilité cet organisme d'une façon très notable ; il nous semble logique de conclure que le cancer de l'œsophage est une cause très prochaine de tuberculose pulmonaire.

Vu par le Président de la thèse,
DIEULAFOY

Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

